

様式第1号（第2条関係）

決 裁	課長				担当者	台帳整理
						月 日

子ども医療費受給資格者証交付申請書

年 月 日

里庄町長 殿

申 請 者 (保護者)	住 所	□ □ □ - □ □ □ □	電話() -
	氏 名	(子どもとの続柄)	

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて子ども医療費受給資格者証の交付(再発行・更新)を申請します。

なお、申請にあたり公簿により所得を確認されることを承諾します。

また、高額療養費について貴町が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を貴町へ支払います。

家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を貴町へ支払います。

申請理由	1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 その他()					
対 象 と な る 子 ど も	ふりがな 氏 名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日		保 護 者 と の 続 柄		
加入医療 保 険	被 保 険 者 又 は 世 帯 主 の 氏 名				子 ども と の 続 柄	
	保 険 種 別	協・船・共・組・国・退			有 効 期 間	年 月 日
	保 険 者 番 号 及 び 名 称	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □			被 保 険 者 の 証 記 号 番 号	
	附 加 給 付	有 ・ 無			備 考	
児童手当の受給	有 ・ 無			標 準 報 酬 月 額	円	
他の制度による医療費の支給の有無	有(制度名一) ・ 無					
特記事項	再発行の場合の理由					